WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

Nr 1 · 1941





DO LECZENIA SIARKOWEGO

MITIGAL

płynny przetwór siarki o działaniu przeciwświądowym.

LEK SWOISTY W ŚWIERZBIE.

W krostowatych i łojotokowych dermatozach, wypryskach, trądziku, świądzie, łupieżu, liszajcu.

Czysty w użyciu, nie posiada przykrego zapachu.

CENY OBNIŻONE

Opakowania oryginalne: Butelki po 75 wzgl. 150 g

BAYER

TREŚĆ:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE:

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

ROK XII 1941 NUMER 1



Emil von Behring

Prof. H. ZEISS i prof. R. BIELING.

BEHRING I JEGO DZIEŁO

W chwili obecnej upływa 50-letnia rocznica przekazania praktyce pierwszych zdobyczy naukowych z dziedziny sero- i immunologii. Czyn ten wiąże się ściśle przede wszystkim z imieniem *Emila von Behringa*. Znane są powszechnie jego wiekopomne zasługi: uratowanie tysięcy istnień dziecięcych dzięki wykryciu surowicy przeciwbłoniczej, stworzenie ochrony przeciw zakażeniom przyrannym w postaci surowicy tężcowej, zapobieganie chorobom przy pomocy odpowiednich szczepionek i wiele, wiele innych. Obecnie z perspektywy minionego półwiecza chcielibyśmy zobaczyć coś więcej; pragnęlibyśmy dowiedzieć się również kim był ów mąż, stwarzający z niczego myśl i czyn, które przebojem zdobyły sobie uznanie świata mimo jego krytyki i sceptycyzmu? Czy był może zrodzony w bogatym domu, którego złoto i tradycje umożliwiły mu oglądanie odległych krajów i przestrzeni, zaostrzyły wzrok oraz długimi i gruntownymi studiami dopomogły rozmyślać o zagadnieniach naukowych wśród beztroskiego dobrobytu? Nie, nie taka była przeszłość wielkiego człowieka! Palma sub pondere crescit. Ojciec jest nauczycielem, nie opływającym w dobra doczesne; musi wychowywać dwanaścioro dzieci, tak liczne jest bowiem rodzeństwo *Behringa*. Przed *Emilem von Behringiem*, urodzonym 15. marca 1854 roku, piętrzą się całe góry przeszkód, uniemożliwiających długo wkroczenie na upragnioną drogę studiów lekarskich. Ostatecznie jednak cel ten spełnia się przy poparciu Akademii Cesarza Wilhelma; trzeba jednak wzamian zobowiązać się do odsłużenia długiego czasu w służbie sanitarnej. Pierwsze prace lekarskie dotyczą posocznicy; *Emil von Behring* przebywa w Bonn, a od 1889 r. w Zakładzie Higieny *Roberta Kocha*. Tutaj, wśród pracy pomiędzy ludźmi o podobnym sposobie myślenia, dojrzewają badania nad ochronną i leczniczą surowicą błoniczą. Śmiertelność z powodu błonicy — utrzymująca się od 1890 do 1893 r. na wysokości 51,71% — obniża się w następnym roku, pod wpływem leczenia surowicami, do 24,5%. Wkrótce potem powstaje surowica przeciwtężcowa. Już w roku 1894 zwraca się prasa „do wszystkich przyjaciół ludzkości“ z gorącym apelem o składanie ofiar pieniężnych na zakup surowicy dla chorych ubogich. Zagranica zaczyna wykazywać swe zainteresowanie. Wreszcie odkrycie zyskuje uznanie we wszystkich krajach i wszystkich europejskich zakładach naukowych. Duże i małe statystyki dowodzą skuteczności leczenia surowicami. Śmiertelność na błonicę, oceniana na przeszło 50%, zmniejsza się częściowo na 8%; skoro surowica zostanie zastosowana w okresie wczesnym, wynikiem jest nieomal 100% wyleczeń. Coraz bardziej zmniejsza się konieczność wykonywania tracheotomii. Szczególnie *Otto Heubner*, ojciec

obecnie znanego farmakologa *Wolfganga Heubnera,* rychło decyduje się w berlińskiej Charité (1894) na wypróbowanie tego nowego sposobu leczenia dzieci błoniczych. Skoro wynalazek ostał się niewzruszenie w ogniowej próbie, przeprowadzonej przez pełnego krytycyzmu badacza, wówczas i inni przestali patrzyć na osiągnięte wyniki, jako na rzecz zależną od przypadku lub kapryśnego charakteru epidemii; sam *Heubner* stwierdził 16,7% śmiertelności pomiędzy 299 dziećmi leczonymi surowicą, podczas gdy w sąsiedniej Bethanii, gdzie nie stosowano jeszcze surowicy, umierało mimo równie znacznego nasilenia epidemii, 43,1% dzieci. Całość swych spostrzeżeń zebrał *Heubner* w referacie przedstawionym na 13. zjeździe medycyny wewnętrznej. Krytyczny sposób ujęcia tej pracy — a któż od znakomitego pediatry mógł być bardziej powołany do wydania sądu o tej sprawie — rzuca właściwe światło na istotne znaczenie surowicy oraz niespożyte zasługi *Behringa* na tym polu. Zdaje się być regułą ogólną, że jednostki wybitne nie od razu, częstokroć dopiero po śmierci, zdobywają sobie uznanie u ludzkości. Nowe dzieło wymaga zwykle obrony przed prawami i wielkościami, które nie chcą uznać, że rola ich już skończona. Również i *Behringowi* los nie oszczędził tej walki; trzeba było wykorzenić stare poglądy i odrzucić je precz, godząc jednocześnie w przedstawicieli myśli konserwatywnej. Walka nie pozostała bez następstw. Arcydzieła poezji, plastyki, architektury czy muzyki są utworzone jakby z jednolitego odlewu i tylko partacz pragnąłby je „ulepszać" z każdym rokiem. Inaczej ma się rzecz z naukami przyrodniczymi. Zarówno dobre jak i złe tajemnice natury nie objawiają się nagle w pracy twórczej. Tak też było początkowo z teorią toksyn i antytoksyn, w której mogły wszak jeszcze odgrywać duże znaczenie czynniki alergiczne, choroba posurowicza i in. Ludzie, zazdroszczący mu sławy, widzieli w dziele *Behringa* same braki, nie spostrzegali natomiast ciągłych ulepszeń i co więcej, uważali za stosowne wciągnąć prasę codzienną do polemiki nad tymi zjawiskami. Zaatakowany musiał się bronić; wszak napadający nie operowali wyłącznie argumentami nierzeczowymi, to też wkrótce wyłoniło się zagadnienie oczyszczania surowic i został wyjaśniony niejeden wątpliwy przypadek. W międzyczasie *Behring,* pracujący u *R. Kocha,* zwolniony ze służby wojskowej, został mianowany nadzwyczajnym profesorem higieny w Halle (1894) i po krótkiej pracy tamże, powołany w r. 1895 jako profesor zwyczajny na katedrę higieny w Marburgu. Nie przerwało to walki z przeciwnikami, sposób zaś obrony uczonego zjednywał mu raczej wrogów niż przyjaciół. Jedynie *Althoff* i *Miecznikow* byli jego gorącymi zwolennikami. Niejeden zaszczyt zawdzięcza również uczony swemu protektorowi *Fr. Althoffowi,* „najpotężniejszemu" referentowi pruskiego ministerstwa oświaty. Również nici silnej sympatii łączyły *Behringa* z Instytutem Pasteura w Paryżu, dzięki przyjaźni z *Miecznikowem,* współtwórcą nauki o odporności.

Miecznikow otwarcie występował w obronie swego niemieckiego przyjaciela.

Wreszcie przyszła kolej na prace z dziedziny gruźlicy. „W otrzymaniu antytoksyn najważniejszym jest zagadnienie jadów“ rozpoczynał się wykład na 15. zjeździe medycyny wewnętrznej (Berlin 1897), na którym autor streszcza swe doświadczenia i przedstawia program walki z gruźlicą. Poszukiwanie i wykrycie jadu gruźliczego doprowadza do niejednego starcia z *Kochem*. Następują prace o gruźlicy bydlęcej, rozgraniczające zdobycze naukowe *Behringa* i *Kocha* na polu fizjologii, przy czym nie obywa się bez pewnych niepożądanych kwestii spornych. W r. 1900 wydaje *Behring* publikację ilustrującą poglądy na gruźlicę; autor żąda od kliniki sprawdzenia swych wyników i tez; spostrzeżenia poczynione nad gruźlicą bydlęcą powinny być przeniesione na człowieka. Mleko krowie, zdaniem *Behringa*, ma stanowić główne źródło zakażenia gruźliczego u osesków. Następują propozycje polepszenia jakości mleka. I znów temat ogólnej rywalizacji: gruźlica. Tym razem w październiku 1905 r. na 3. międzynarodowym zjeździe gruźliczym w Paryżu. W międzyczasie, w okresie walki nad zagadnieniem gruźlicy, powstaje zakład terapii doświadczalnej *E. v. Behringa*. Ostatnie wielkie odkrycie *Behringa* stanowi szczepionka przeciwbłonicza, której pożytku i własności ratujących życie doświadcza dopiero potomność. Podczas gdy szczepienia przeciwbłonicze wywołały największe zainteresowanie dopiero w ostatnich czasach, wojna światowa dowiodła wartości surowicy przeciwtężcowej. Dla *Emila v. Behringa*, nagrodzonego za swe zasługi tak dużym uznaniem, licznymi zaszczytami, dostojeństwami, odznaczeniami i członkostwami było to „ostatnim sukcesem“ *(M. v. Gruber)*. Umarł *Behring* 31. marca 1917 r. Gdybyśmy obecnie zadali sobie pytanie, w jaki sposób to było możliwe, aby jeden człowiek mógł zdziałać tak wiele, pozwólmy odpowiedzieć słowami *M. v. Grubera:* „Tylko człowiek o niezwykle jasnym sposobie myślenia, rzadko spotykanym samokrytycyzmie oraz świadomości celów pracy, krótko mówiąc człowiek o niebywałej rzetelności i wytrwałości mógł dokonać tak olbrzymiego dzieła“.

Prof. dr P. SCHMIDT, Inst. Hig., Halle n. S.

KTO JEST SKŁONNY DO PRZEZIĘBIEŃ?

(Ref. podług Dtsch. med. Wschr. 1932, nr 49).

„Przeziębieniem“ nazywa ogół — *Schmidt* przychyla się do tego określenia ludowego — przede wszystkim nieżyty nosa, gardła i tchawicy, występujące szczególnie często na wiosnę i na jesieni. Skłonność do przeziębień może być uwarunkowana konstytucjonalnie, bądź też zostaje nabyta wskutek działania czynników osłabiających ustrój; w zależności od czynnika przyczynowego skłonność ta może być przemijająca lub też utrzymuje się przez całe życie. Zgodnie ze spostrzeżeniami *Schmidta* katar powstaje w sposób następujący: skoro osobnik skłonny do przeziębienia zostanie przez dłuższy czas wystawiony na działanie silnego zimna, wówczas, podobnie jak i u osobników niewrażliwych, przede wszystkim ulegną zwężeniu naczynia krwionośne skóry i błon śluzowych dróg oddechowych. Jeśli teraz skurcz naczyń i połączone z nim niedokrwienie błon śluzowych będą trwały nienormalnie długo, to zn. powyżej 20 minut, wówczas doznają osłabienia siły obronne śluzówki przeciwko stale znajdującym się na niej drobnoustrojom, jak pneumokoki, streptokoki i t. p. Przewaga ostatnich nad siłami obronnymi ustroju (fagocyty, histiocyty) wyraża się zapaleniem wzgl. katarem. Termoelektryczne pomiary ciepłoty ciała, dokonane przez *Schmidta*, wykazały, że wywołane zimnem zaburzenie ukrwienia błon śluzowych utrzymuje się przez dłuższy czas tylko u pewnej grupy osób, stanowiących mniej więcej 10% ogółu. Osoby te posiadają zapewne niedostatecznie sprawną regulację ciepła, ponieważ w warunkach fizjologicznych temperatura błon śluzowych powraca do normy w krótkim czasie po zadziałaniu silnego zimna.

U badanych przez *Schmidta* osób z wyraźną skłonnością do przeziębienia, w pewnej części przypadków w ogóle nie zaznaczył się powrót do prawidłowej temperatury po godzinnym ochładzaniu przez wdychanie zimnego powietrza. Osoby tej kategorii były skłonne również do odruchowego ochładzania się błon śluzowych np. podczas zimnej kąpieli nożnej. Pod względem konstytucjonalnym należały one w większej części do typu astenicznego *Kretschmera*, były przeważnie nerwowe i wrażliwe, ze skłonnością do marznięcia oraz silnych potów pod wpływem wysiłków fizycznych.

Nieliczne tylko spośród badanych osób dostały niewielkich objawów przeziębienia na skutek sztucznego ochładzania; w większości przypadków obeszło się bez jakichkolwiek następstw. Niewątpliwie więc musi istnieć pewna skłonność do przeziębień.

Ażeby na tle wrodzonej lub nabytej skłonności do trwałych kurczów naczyń doszło do kataru, niezbędnym jest jeszcze jeden warunek, a mianowicie, przewlekłe zakażenie błon śluzowych pneumokokami, streptoko-

kami, pałeczkami grypy i t. p. Gotowość do wystąpienia kataru jest tym większa, im głębiej bakterie weszły w błonę śluzową. *Schmidt* wyobraża sobie, że stany nieżytowe mogą niekiedy powstawać również bez ochłodzenia a natomiast pod wpływem działania gorącego, suchego powietrza, gazów drażniących, jak np. SO_2, HCl, pary azotu i t. p. Przekrwienie błon śluzowych prowadzi do ich obrzęku; tkanki obrzękłe natomiast stanowią doskonałą pożywkę dla bakterii. Przekrwienie i wytwarzanie obrzęków zwiększają się oczywiście wskutek głośnego mówienia. *Schmidtowi* udało się również stwierdzić, jak dalece uczulający wpływ może wywierać nieodpowiednia mowa, kurz, gazy drażniące i t. p. W przypadkach tego rodzaju mamy do czynienia nie tylko ze skłonnością do przeziębienia lecz także z ogólną predyspozycją do stanów nieżytowych, występujących za lada przyczyną. Również istnieją pewne podstawy do przypuszczenia, że wrażliwość na nieżyty, wywołane przeziębieniem, waha się w zależności od stanu psychicznego. Przeziębieniu ulega jednak nie tylko osobnik angioneurotyczny z chwiejnym układem naczynioruchowym, lecz także człowiek zdrowy, który wskutek szczególnych warunków został pozbawiony możności szybkiej regulacji ciepła. Najsilniejsze porażenie wazomotorów może zdarzyć się np. pod wpływem gwałtownego i znacznego ochłodzenia (upadek do przerębla) lub na skutek działania trucizn, jak alkohol i narkotyki. Niebezpieczny jest również łagodny przeciąg, który nie zostaje odczuty i nie wywołuje żadnego odczynu ze strony ustroju. Gdy zjadliwość zarazków ulega zwiększeniu wskutek licznych pasaży np. w pomieszczeniach przepełnionych ludźmi, wśród których naturalnie znajdują się zawsze osobniki skłonne do przeziębień, wówczas może dojść do niemal epidemicznego rozszerzania się przeziębienia, przy czym ostatecznie choroba nie omija również i osób dotychczas nie wrażliwych. W wypadkach tego rodzaju mamy do czynienia z czystym zakażeniem, jak na przykład w epidemicznej lub pandemicznej grypie.

W przeziębieniu gra zatem rolę szereg czynników, które nie zawsze dają się dokładnie uchwycić. W każdym przypadku należy jednak dążyć do ich wykrycia. Skłonność do przeziębień można bez wątpienia znacznie zmniejszyć hartowaniem na świeżym powietrzu, przyzwyczajając w ten sposób naczynia krwionośne, aby na zimno oddziaływały podobnie jak naczynia prawidłowe. Tego rodzaju próby zahartowania napotykają jednak na duże przeszkody u pewnych osób z bardzo wybitnie zaznaczoną alergią. U osób tej kategorii wszelkie zimne obmywania, zbyt cienka bielizna, spanie w zimie przy otwartym oknie i t. p. przynoszą częstokroć bardzo duże szkody, wobec czego należy zupełnie poniechać tego rodzaju radykalnych sposobów.

Por. również *Bachmann*, Zakład Higieny w Królewcu: O przyczynie t. zw. chorób z przeziębienia (Med. Welt. 1932, nr 49).

Dr W. MARX, Kolonia.

LECZENIE CHORÓB Z PRZEZIĘBIENIA PRZY POMOCY NOVALGIN-CHININY ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM GRYPY

(Referat podług Med. Klin. 1935, nr 29).

Przy pomocy Novalgin-Chininy, połączenia związanego chemicznie, leczył *Marx* przeszło 50 pacjentów dotkniętych chorobami z przeziębienia, w tej liczbie 40 przypadków grypy lub zakażeń grypowych oraz 10 cięższych przypadków chorobowych. Pomiędzy ostatnimi były 3 zapalenia płuc oraz odra. Dwukrotnie doznał autor niepowodzenia; w pierwszym przypadku chodziło o pacjenta w stanie przedśpiączkowym z ciężką grypą, w drugim nie można było dalej podawać leku ze względu na objawy złej tolerancji (bóle w uszach). U wszystkich pozostałych chorych tolerancja była wprost znakomita. Pacjenci nie uskarżali się na żadne absolutnie zaburzenia. Gorączka opadała zazwyczaj litycznie. Nigdy nie pojawiały się poty, dzięki czemu chorzy nie byli osłabieni. Szybko ustępowały objawy grypowe, przede wszystkim bóle stawów i łamania w kościach. U dziecka chorego na odrę nie doszło do żadnych powikłań; odnosiło się nawet wrażenie, że czas trwania tej samej przez się lekkiej choroby uległ znacznemu skróceniu dzięki zastosowanemu lekowi. Dziecko, mające na początku odry również nieżyt oskrzeli, powracało do zdrowia uderzająco szybko; nieżyt oskrzeli ustąpił niebawem. Jak wiadomo, większość chorych na grypę powraca do zdrowia szczególnie trudno i powoli; *Marx* natomiast miał możność stwierdzenia, że czas trwania rekonwalescencji bez wątpienia ulega znacznemu skróceniu, pod warunkiem podawania w dalszym ciągu nieco mniejszej dawki leku. W ten sposób choroba trwa znacznie krócej, niż gdy leczenie przeprowadza się przy pomocy innych środków.

W przypadkach rozpoczynających się dużą gorączką najlepiej jest podać 3 razy dziennie po 2 drażetki w ciągu 2 dni. Od 3. dnia zazwyczaj wystarcza całkowicie 3 razy po 1 drażetce. Również dzieciom, począwszy od 6. roku życia, podaje się nasamprzód 3 razy po 1 drażetce, ażeby dalej zmniejszyć dawkę do 2 razy po 1 drażetce. *Marx* podawał nawet małym dzieciom (m. in. 18-miesięcznym) 3 razy dziennie po $1/2$ rozłamanej drażetki, nie napotykając przy tym na jakiekolwiek trudności.

Nigdy nie sprawiło zawodu zapobiegawcze działanie Novalgin-Chininy. Razu pewnego, na przykład, spośród trojga rodzeństwa dwoje przyjęło lek zapobiegawczo. Trzecie dziecko, które z jakiegoś powodu odmówiło zażycia środka, zachorowało, podczas gdy pozostałe uchroniły się od grypy. Najmniejszą dawkę zapobiegawczą dla dorosłych stanowi 3 razy dziennie po 1 drażetce, dla dzieci 2 razy dziennie po 1 drażetce. Podawanie mniejszych dawek nie jest celowe, gdyż nie można nimi osiągnąć pewnego działania ochronnego.

Prof. dr HINSELMANN (Los Progr. de la Clin. 1925 nr 70); dr G. KATZ (Th. d. Ggwt. 1921); dr E. KOSMINSKI (D. M. W. 1922); dr KROSZ (Zbl. Gyn. 1913 nr 43); dr F. JAEGER (M. M. W. 1913 nr 31); dr K. PRONAI (W. M. W. 1924 nr 15); dr FUHRMANN (Th. Ggwt. 1922 nr 10).

TENOSIN W PRAKTYCE

Największą przeszkodę w stosowaniu sporyszu stanowi zazwyczaj zmienność jego siły działania. Od chwili zbioru działanie ulega stałemu zmniejszeniu i po upływie roku wynosi zaledwie 1/7, po 2 latach 1/15 wartości pierwotnej. *Schübel* i *Straub* (M. M. W. 1929) badając farmakologicznie 15 wyciągów znajdujących się w handlu, zaledwie w 4 spośród nich stwierdzili niewielką zawartość ergotaminy. Dlatego też wszelkie dokładniejsze dawkowanie jest zupełnie niemożliwe. Sporysz zawodzi przede wszystkim w okresie poporodowym, w którym właśnie zależy bardzo na pewnym działaniu. Powyższy niepomyślny stan rzeczy został usunięty dopiero z chwilą wyodrębnienia czynnych składników w postaci ergotoksyny, izoamylaminy, fenyletylaminy, p-oksyfenyletylaminy i ß-imidazoletylaminy. Ergotoksyna, energiczne uterotonicum, jest substancją, która dawniej doprowadzała częstokroć do ciężkiej zgorzeli na tle rojnicy. Ponieważ aminy otrzymywane z wyższych aminokwasów na drodze zaczynowej dekarboksylacji, jak na przykład p-oksyfenyletylamina (tyramina) oraz ß-imidazoliletylamina (histamina), powstająca z histydyny, wykazywały również silne działanie farmakologiczne na macicę, przeto zostały one poddane dokładnym badaniom doświadczalnym i klinicznym.

Tyramina, będąca w bliskim pokrewieństwie chemicznym i farmakologicznym z adrenaliną, odznacza się względnie niewielką toksycznością. Pod wpływem tyraminy ciśnienie krwi podnosi się u człowieka dość znacznie już po upływie 15 minut i nie powraca do stanu prawidłowego jeszcze w ciągu 1½ godziny. Do tego dołącza się uczucie ciężkości w głowie i zaczerwienienie twarzy bez wszelkich innych objawów dodatkowych. Zwężenie naczyń dochodzi do skutku na drodze zadziałania na obwodowe i ośrodkowe człony układu naczynioruchowego (n. współczulny). Tyramina wywołuje skurcz macicy wyłącznie w razie ciąży. Histamina obniża ciśnienie krwi dzięki rozszerzeniu naczyń obwodowych; naczynia płucne zostają przemijająco zwężone. Obok tego wywołuje ona skurcz zarówno macicy ciężarnej jak i nie ciężarnej. Pod tym względem więc tyramina i histamina działają częściowo synergicznie, częściowo zaś antagonistycznie. Obie powodują skurcz mięśniówki gładkiej macicy, tyramina powoduje wyłącznie skurcz macicy ciężarnej, histamina zaś działa w każdym wypadku. Podczas gdy tyramina wzmaga ciśnienie krwi i rozszerza naczynia, histamina obniża ciśnienie krwi i rozszerza naczynia. Po dłuższych próbach udało się dobrać optymalne połączenie obydwu ciał, nadające się znakomicie do stosowania klinicznego.

Działanie Tenosiny (tak bowiem nazwano optymalne połączenie tyraminy z histaminą), powodujące skurcz macicy, odznacza się niezwykłą siłą. Wkrótce po wstrzyknięciu następuje bardzo wydatny skurcz macicy; macica zostaje wprowadzona w stan tężca i staje się bardzo pobudliwą. Przy wstrzykiwaniu domięśniowym działanie tężcowe utrzymuje się względnie długo, podług *Jaegera* w ciągu 1 godziny. Skoro działanie zaczyna się wyczerpywać, wówczas można dokonać jeszcze jednego wstrzyk-

nięcia. Na ogół przy stosowaniu Tenosiny należy przestrzegać następujących zasad:

1. Przed wydaleniem płodu nie należy jej wstrzykiwać.
2. W okresie poporodowym działa Tenosina zapobiegawczo i leczniczo.
3. Również w połogu można w dalszym ciągu używać Tenosiny doustnie lub we wstrzyknięciach.
4. W poronieniach obowiązują te same reguły, z tym wyjątkiem, że Tenosina może być stosowana również i w okresie, gdy płód jest jeszcze w macicy.

Tenosina nie szkodzi zupełnie kobietom karmiącym; należy ją przyjmować również dlatego, iż nie wywiera szkodliwego wpływu na dziecko. Podług *Hinselmanna* szerokie doświadczenia nad stosowaniem Tenosiny w dziedzinie ginekologii, przeprowadzone szczególnie w Niemczech, przemawiają bezwzględnie na korzyść tego leku. Przytoczony autor używał Tenosiny częścią per se, częścią w połączeniu z hipofizyną, uzyskując bardzo pomyślne wyniki w ciągu kilku już lat. Szczególnie szybko udawało się *Hinselmannowi* opanowywać przy pomocy Tenosiny nadmierne krwawienia miesięczne. Okres menstruacyjny zostawał niekiedy skrócony o szereg dni. *Katz* używał Tenosiny we wskazaniach dla przetworów sporyszu. W krwawieniach poporodowych, jak również we wszelkich krwotokach atonicznych po poronieniach, występował zawsze silny skurcz mięśni macicy. Również bardzo chętnie stosował *Katz* Tenosinę w ponawiającym się po porodzie krwawieniu miesięcznym, które zgodnie z doświadczeniem ma zazwyczaj skłonność do cięższego przebiegu. Nawet w krwawieniach z przydatków osiągnięto pomyślne wyniki pod wpływem Tenosiny w połączeniu z hydrastyniną. Podaje się 3 razy dziennie po 10 kropel Tenosiny oraz Liquidrast. *Katz* próbował również stosowania Tenosiny w krwawieniach na tle endometritis, przy czym prawie zawsze udawało się uniknąć skrobanki.

U pacjentki A. F. bardzo obfite krwawienia miesięczne trwały przeciętnie 10 dni. Chora otrzymywała z reguły 3 razy dziennie po 10 kropel w ciągu 3 dni, na początku zaś regularności 3 razy dziennie po 25 kropli Tenosin-Liquor aż do końca krwawienia. Pod wpływem leczenia czas trwania menstruacji skrócił się do 6 dni, krwawienia wyraźnie zmniejszyły się.

Kosmiński leczył Tenosiną 14 poronień oraz szereg krwawień w chorobach ginekologicznych (15 zapaleń jajowodów, 4 guzy trąbkowo-jajnikowe, 7 bolesnych miesiączkowań, 3 tyłozgięcia, 5 menorrhagii, 2 mięśniaki, 6 zapaleń błony śluzowej macicy, w tym dwa po poronieniu). U 2 kobiet Tenosina doprowadziła do skrócenia okresu miesięcznego, który zamiast dawniejszych 8 dni zmniejszył się do 3 dni. Również u pozostałych kobiet uzyskano szybkie ustąpienie krwawień. Pacjentki podawały, że po wstrzyknięciu odczuwają podobne do bólu ciągnienie w dole brzucha, będące wyrazem silnego skurczu macicy również i nie

ciężarnej. Do wewnątrz podawano 3 razy dziennie po 20 kropel w ciągu 4 — 5 dni. W dysmenorrhoe period był znacznie mniej bolesny i trwał krócej. Krwawienia, utrzymujące się zazwyczaj w ciągu 8 — 14 dni, kończyły się zazwyczaj w ciągu 4 — 5 dni. U 2 kobiet z nadmiernymi krwawieniami miesięcznymi, gdzie zawiódł napar sporyszu, wystarczyło trzydniowe podawanie Tenosiny do wewnątrz, aby całkowicie zahamować krwawienie.

Krosz podawał Tenosinę również w połogu w dawkach 3 razy dziennie po 20 kropel doustnie. Działanie było zupełnie zadowalające; zaobserwowano silne skurcze macicy, dopomagające do prawidłowej inwolucji. Również w leczeniu poronień Tenosina zdaje się stanowić bardzo pożyteczną namiastkę sporyszu.

Pomyślne wyniki doustnego podawania Tenosiny per os opisał również *Jaeger* u kobiet w okresie połogu. Bardzo silnie uwydatniło się działanie leku w przypadku zatrzymania błon płodowych. Dalej *Pronai* określa Tenosinę jako wypróbowane uterinum, wyświadczające duże przysługi w praktyce. Wspaniałe były wyniki lecznicze stosowania Tenosiny, podawanej najczęściej doustnie, szczególnie w subinwolucji macicy po poronieniu, zapaleniu błony śluzowej macicy oraz niedorozwoju macicy.

Podług *Fuhrmanna* można opanowywać krwotoki maciczne (powstałe na tle mięśniaków) podawaniem doustnym Tenosiny na 1 — 2 dni przed spodziewanym periodem, zwiększając następnie dawkę w czasie menstruacji i obniżając ją w miarę ustępowania krwawienia.

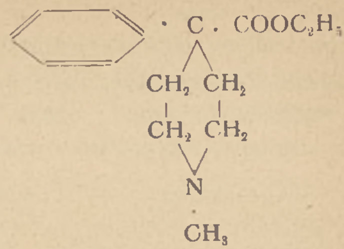
Dr H. SCHLUNGBAUM, Szpit. Hindenburga, Goldberg.

ZWALCZANIE BÓLU PRZY POMOCY DOLANTINY, SYNTETYCZNEGO SPASMOLYTICUM I ANALGETICUM

(Referat podług Med. Klin. 1939, nr 38).

Schlungbaum przeprowadził próby ze stosowaniem Dolantiny, nowego leku przeciwbólowego i przeciwkurczowego, na materiale obejmującym łącznie 70 chorych. Lek podawano doustnie w nerwobólach, migrenie, bólach stawowych i in., pozajelitowo zaś w cięższych stanach bólowych, wymagających zazwyczaj wstrzykiwania morfiny. Grupa ciężkich bólów obejmuje: bóle pooperacyjne, zranienia, ropowice i in., dalej silne nerwobóle, ucisk rdzenia wskutek przerzutów nowotworowych, kolkę nerkową i t. p. Również próbowano przy pomocy Dolantiny przygotowywać chorych do operacji. Tolerancja miejscowa była z reguły dobra. Bóle zaczynały zmniejszać się w ciągu 10 — 15 minut od chwili podskórnego lub domięśniowego wstrzyknięcia; po upływie 20 — 25 minut bóle ustę-

powały zupełnie lub prawie zupełnie na przeciąg 4 — 5 godzin. Po wyczerpaniu się działania leku można było wstrzyknięcie powtórzyć. Przy stosowaniu dożylnym — np. dwukrotnie w napadzie kolki nerkowej — bóle znikały już podczas wstrzykiwania. Chcąc przy pomocy Dolantiny przygotować pacjenta do operacji, należy wstrzyknąć lek na 25 minut przed zabiegiem; użycie samej Dolantiny okazało się najzupełniej wystarczające w mniejszych zabiegach, jak cystoskopie, nakłucia osierdzia i opłucnej. Zależnie od nasilenia bólów stosowano pozajelitowo 75 — 100 — 150 mg oraz doustnie 25 — 50 mg 2 razy dziennie. Dzieciom do lat 15 dawano 15 — 20 mg Dolantiny. Działanie było zawsze wystarczające, z wyjątkiem trzech przypadków (złamanie ze zwichnięciem, zaburzenia połykania, laparotomia). Podczas gdy niezupełnie zadawalające wyniki należały do rzadkości, można było częstokroć przy pomocy Dolantiny osiągnąć lepszy skutek niż po morfinie. Spośród działań ubocznych zaobserwowano trzykrotnie lekkie wymioty, które raz jeden pojawiły się bezpośrednio po wstrzyknięciu, zupełnie dobrze znoszonym w dalszym ciągu. Nigdy nie spostrzeżono przyzwyczajenia do leku lub też działania zbiorowego; Dolantina zawsze wywierała jednakowo silne działanie.



Dolantin (chlorowodorek estru etylowego kwasu 1-metyl-4-fenylpiperydyno-4-karbonowego)

Dr SCHEESER, Kronsztadt.

O LECZENIU ZAPALEŃ OSKRZELI I TCHAWICY U DZIECI

(Romana medica, 1926, nr 2).

W klimacie i okolicy, gdzie autor pracował, zapalenie oskrzeli i tchawicy u dzieci w pierwszym i drugim roku życia są na porządku dziennym. W pewnych okresach roku, szczególnie na wiosnę i na jesieni, zakażenia grypowe nabierają charakteru prawdziwych epidemii. Aczkolwiek charakter epidemii grypowych łagodnieje z każdym rokiem, tym niemniej jednak spotykają się przypadki, w których choroba miast ograniczyć się do zwykłego zapalenia nosogardzieli, przełamuje barierę gardłową, wywołując zapalenie tchawiczno-oskrzelowe o ciężkim przebiegu klinicznym.

Autor nie uzyskał przekonywujących wyników ani przy posługiwaniu się wielu przetworami, znajdującymi się w handlu, ani starymi od-

warami i naparami korzenia wymiotnicy, ani też leczeniem fizycznym (okłady, wziewania, kąpiele, nacierania i t. p.). Przy stosowaniu starych leków farmaceutycznych można niejednokrotnie obserwować zaburzenia żołądkowo-jelitowe (brak łaknienia, wymioty), będące niewątpliwie w szeregu przypadków następstwem działania wymiotnicy.

Cały szereg przetworów gwajakolu i kreozotu, obdarzonych silnym wpływem wykrztuśnym, wolnych od przykrych działań ubocznych, nie może być w ogóle brany pod uwagę w praktyce pediatrycznej z powodu niezwykle przykrego smaku.

Kresival nie posiada tej wady, to też stanowi on lek, który będąc rozpuszczalny w wodzie, jest chętnie przyjmowany przez dzieci. Przetwór ten, obok dobrze znanego dodatniego działania krezolu na błony śluzowe dróg oddechowych, wywiera wpływ pobudzający łaknienie.

Kresival, którego składnikiem czynnym jest krezolo-sulfonian wapnia, można podawać dzieciom w rozcieńczeniu z podwójną ilością wody, w dawce 3 — 4 łyżek od kawy dziennie.

Autor podaje Kresival dzieciom powyżej drugiego roku życia. W ostrych zapaleniach oskrzeli, rozpoczynających się nieżytem krtaniowym, leczenie stosowane od samego początku prowadziło, jak się zdaje, do szybszego ustąpienia kaszlu oraz w dużej liczbie przypadków zapobiegało przejściu zapalenia na najdrobniejsze oskrzeliki. Autor przypisuje Kresivalowi własności zapobiegawcze i przyspieszające wyzdrowienie w nieżytach grypowych.

W przypadkach zaniedbanych, w których rozlane zapalenie objęło już duże i średnie oskrzela, przepisanie Kresivalu przynosiło widoczną poprawę wykrztuszania i łaknienia. Rzecz prosta, że równolegle stosowano z reguły leczenie fizyczne.

Mimo tego we wszystkich przypadkach podostrego i przewlekłego zapalenia tchawiczo-oskrzelowego autor kładzie główny nacisk na przyjmowanie Kresivalu, który wywiera wprost swoiste działanie. Postaci utrzymujące się u szczególnie skłonnych osobników (skaza wysiękowa i limfatyczna i t. p.) po ustąpieniu objawów ostrych, charakteryzują się objawami nieżytu podostrego z niewielkim suchym kaszlem lub też lepką plwociną oraz licznymi świstami i furczeniami. Przypadki tego rodzaju są zazwyczaj oporne na wszelkie sposoby leczenia, ponieważ — co niestety często się zdarza — nie można chorego przenieść do innego klimatu i otoczenia.

Podobnie jak i wszyscy praktycy, autor miał możność spostrzegania dzieci kaszlących w ciągu całego roku, u których nieżyt od czasu do czasu ulegał obostrzeniu, natomiast objawy oskrzelowe utrzymywały się stale. (Nota bene odczyn Pirqueta był ujemny).

We wszystkich przypadkach tego rodzaju, które interesowały autora nie tylko ze względów lekarskich lecz nawet humanitarnych, zastosowanie Kresivalu doprowadzało we względnie krótkim czasie do ustąpienia wszystkich objawów klinicznych i fizycznych. Dzieci, będące dotychczas pod szkodliwym wpływem przewlekłego zakażenia, zahamowane w swym prawidłowym rozwoju, szybko odzyskiwały dobry apetyt; znikały wszelkie objawy fizyczne ze strony oskrzeli; zaznaczał się szybki powrót sił. Niektóre postacie nieżytowe, ustępujące czasem w ciągu szeregu miesięcy, leczone również sposobami wodoleczniczymi i dietetycznymi, stanowią rękojmię zwiększenia odporności względem nowych zakażeń. Reszty dokonać może zmiana powietrza i klimatu; w każdym jednak wypadku nie można nie doceniać wspaniałego, niemal swoistego wpływu Kresivalu na to tak trudne do leczenia cierpienie.

Dr GRUNWALD, Klinika Dermatologiczna, Lipsk.

WITAMINA C W NADWRAŻLIWOŚCI NA SALVARSAN

(Referat podług Dermat. Wschr. 1940, nr 4).

W salwarsanowym zapaleniu skóry stosuje się zawsze z powodzeniem wyciągi wątrobowe, podawane drogą doustną i pozajelitową. Ponieważ, jak wiadomo, witamina C polepsza tolerancję względem Salvarsanu, przeto w dermatitis próbuje się zazwyczaj również leczenia witaminą C (Cantan). Po ustąpieniu wysypki salwarsanowej stosuje się w dalszym ciągu mniejsze dawki Salvarsanu (0,015 — 0,03) dożylnie, łącznie z 2 cm^3 Cantanu. Następnie należy odczekać kilka dni, po czym, wobec braku odczynu skórnego, można w dalszym ciągu zwiększać dawkę Salvarsanu na 0,06 — 0,1 — 0,15 — 0,3 g i t. d., przy równoczesnym stosowaniu Cantanu. Spośród 8 pacjentów leczonych w powyższy sposób, u 3 udało się dojść do pełnych dawek Salvarsanu. U pewnej 44-letniej pacjentki rozpoznano kiłę dopiero na podstawie poronień, porodów płodów martwych oraz zmian na wargach, przypominających tocznia. Skoro po 8. wstrzyknięciu Salvarsanu pojawiło się zapalenie skóry, leczenie można było prowadzić w dalszym ciągu dzięki ochronnemu działaniu witaminy C. Samo natomiast zapalenie skóry ustąpiło w ciągu 8 dni pod wpływem leczenia wyciągami wątrobowymi (doustnie, domięśniowo) oraz przykładania maści, tak, że po upływie dalszych 8 dni można było chorą wypisać. W przypadku tym zastosowano 0,03 g Neosalvarsanu + 2 cm^3 Cantanu; ponieważ Salvarsan został dobrze zniesiony, przeto po upływie tygodnia podano znowu 0,06 g Neosalvarsanu + 2 cm^3 Cantanu, po upływie zaś dalszego tygodnia 0,075 g Neosal-

varsanu. Następna dawka wynosiła już 0,1 g Neosalvarsanu; od tego momentu rozpoczęto stosowanie Casbisu, dawka zaś Neosalvarsanu osiągnęła w ciągu tygodnia 0,3 g. Dawka powyższa pozostała niezmieniona w ciągu 5 tygodni, aż wreszcie powiększono ją do 0,45 g Neosalvarsanu, zawsze w połączeniu z 2 cm³ Cantanu. W ten sposób udało się pomyślnie doprowadzić leczenie do końca. U pewnej 35-letniej kobiety z ciężkim zapaleniem skóry po 9. wstrzyknięciu Salvarsanu, zastosowano doustne i pozajelitowe leczenie wyciągami wątrobowymi oraz zabiegi miejscowe. Po upływie około 3 i 1/2 tygodnia, skoro zapalenie skóry ustąpiło, spróbowano ponownie zastosować Neosalvarsan a mianowicie 0,075 g + 2 cm³ Cantanu; po upływie tygodnia znów ta sama dawka, zawsze z 2 cm³ Cantanu, w 3. i 4. tygodniu po 0,15 i w 5. tygodniu 0,2 g Neosalvarsanu, wreszcie od 6. do 10. tygodnia po 0,3 Neosalvarsanu i obecnie Casbis. Począwszy od 11. tygodnia można było przy pełnej dawce 0,45 g Neosalvarsanu (+ 2 cm³ Cantanu) doprowadzić szczęśliwie leczenie do końca. — Pewna 24-letnia kobieta z kiłą utajoną, po 8. wstrzyknięciu Neosalvarsanu dostała gorączki i wysypki o charakterze podobnym do odry. Wobec tego następnym razem wstrzyknięto Salvarsan-Natrium, co doprowadziło jednak do ciężkiego zapalenia skóry. Po wyleczeniu dermatitis zastosowano naraz 0,45 g Salvarsan-Natrium + 2 cm³ Cantanu. Dawka powyższa została dobrze zniesiona. Również i w tym przypadku można było przy pomocy Cantanu doprowadzić leczenie (również z Casbisem) do końca bez przeszkód. — U innego syfilityka, po ustąpieniu salwarsanowego zapalenia skóry, dawka 0,015 g Neosalvarsanu z witaminą C wywołała ponownie lekką, swędzącą wysypkę, której towarzyszyła gorączka. Wobec tego powstrzymano się od dalszego wstrzykiwania. Podobnie zdarzyło się u 2 dalszych chorych. U innej znów chorej, po ustąpieniu salwarsanowego zapalenia skóry, powiodło się dalej poprowadzić leczenie pod ochroną Cantanu, jednakowoż nie dokończono kuracji z powodu utraty kontaktu z pacjentką. U 35-letniej kobiety z kiłą i ciężkim salwarsanowym zapaleniem skóry, leczenie zmian dermatologicznych było od samego początku bardzo utrudnione wskutek ciężkich zaburzeń ze strony narządu krążenia i nerek. Ostatecznie cały obraz chorobowy został jeszcze bardziej powikłany wylewem krwawym do mózgu. Wreszcie zaznaczyła się przemijająca poprawa, w czasie której wydało się możliwym podjęcie leczenia Neosalvarsanem i Cantanem. Jednakowoż po 2. wstrzyknięciu zmiany skórne ponownie pogorszyły się, nie wiadomo zresztą, czy stało się to pod wpływem Salvarsanu. Krążenie pogarszało się coraz bardziej i ostatecznie nastąpiło zejście śmiertelne.

W każdym bądź razie przytoczone historie chorób dowodzą, że w pewnych przypadkach nietolerancji względem Salvarsanu można przy pomocy Cantanu przeprowadzić skutecznie leczenie salwarsanowe.

Dr W. HEYDNER, Powszechny Szpital Miejski, Norymberga.

DOŚWIADCZENIA ZE STOSOWANIEM SPASMO-ANALGETICUM DOLANTIN U CHORYCH SERCOWYCH

(Referat podług Fortschr. Ther. 1940, nr 1).

Heydner zapoznał się przede wszystkim z przeciwkurczowym działaniem Dolantiny w stanach spastycznych i kolkach miedniczek nerkowych oraz odprowadzających dróg moczowych i żółciowych; obok tego miał możność stwierdzenia wyraźnego, przeciwbólowo-uspokajającego wpływu Dolantiny w bólach pooperacyjnych. Wreszcie przystąpił do wypróbowania leku u chorych z najcięższymi zmianami ze strony narządu krążenia, które wymagały objawowego leczenia dużymi dawkami leków uspokajających, nasennych oraz pochodnych makowca. W doświadczeniach, rozciągających się na okres 1 roku, wykazała Dolantina bardzo pożyteczny wpływ zarówno w bólach dusznicowych jak i w ogólnych objawach towarzyszących niewydolności krążenia z przekrwieniami biernymi oraz dolegliwościami w postaci duszności, niepokoju, trwogi, kaszlu, bezsenności i t. p.; przy pomocy Dolantiny udawało się niejednokrotnie zastępować przetwory makowca, co okazało się szczególnie pożyteczne wobec znanych działań ubocznych opiatów, jak występujące niekiedy wymioty, niepokój i inne objawy nietolerancji. Tak na przykład pewien 58-letni mężczyzna z niedomykalnością zastawek półksiężycowych aorty pochodzenia kiłowego (w końcowym okresie), przyzwyczajony do morfiny, mógł w ciągu dnia obywać się bez opiatów, dzięki codziennemu wstrzykiwaniu 2 razy po 2 cm³ Dolantiny. Pewna 68-letnia kobieta z bardzo ciężką niewydolnością krążenia na tle miażdżycy naczyń sercowych otrzymała w ciągu 9 miesięcy m. in. ponad 100 domięśniowych wstrzyknięć Dolantiny (codziennie wieczorem jedno wstrzyknięcie). Dopiero po 50 wstrzyknięciach działanie zaczęło nieco słabnąć, tak że wypadło dawkę z 2 cm³ powiększyć na 3 cm³. Wpływ nasenny Dolantiny był (u przeszło 100 chorych) bardzo różny. Część chorych popadała prędko w głęboki sen; u pozostałych zaznaczało się uspokojenie bez snu, niezależnie od obecności lub nieobecności bólu przed wstrzyknięciem. Wpływ uspokajający zaznaczał się prawie zawsze; nigdy nie wystąpiło podniecenie jak po użyciu pochodnych makowca. Kilku chorych popadło po wstrzyknięciu w dobry nastrój i stało się weselszymi, jednak bez objawów jakiegokolwiek niepokoju. U pewnego 58-letniego mężczyzny z zatorem tętnicy wieńcowej oraz niezwykle silnymi bólami, utrzymującymi się od 36 godzin, zawiodły wszystkie środki, używane zazwyczaj, między innymi rów-

nież 2 wstrzyknięcia pochodnych makowca z atropiną, zastosowane w krótkim odstępie czasu. Natomiast po upływie 20 minut od chwili podskórnego wstrzyknięcia 2 cm^3 Dolantiny ustąpił całkowicie nieznośny ból, jak również przeszło silne podniecenie. Lekkie napady, które pojawiły się później, oddziaływały już dostatecznie na nitroglicerynę. U innego 58-letniego pacjenta bóle ustąpiły początkowo pod wpływem podskórnego wstrzyknięcia 2 cm^3 Dolantiny, wkrótce powróciły jednak w całej pełni i zostały całkowicie uśmierzone dopiero przy pomocy dożylnej infuzji 2 cm^3 Dolantiny w 20 cm^3 20%-owego cukru gronowego. Wkrótce potem pojawił się 6-godzinny sen, po którym nie powtórzyły się już żadne godniejsze uwagi dolegliwości sercowe. Wstrzykiwania dożylne należy zasadniczo wykonywać powoli, lek powinien być rozcieńczony, gdyż w przeciwnym razie mogą wystąpić zawroty głowy, nudności i wymioty.

Heydner nie spostrzegał nigdy silniejszych działań ubocznych zarówno pod wpływem dożylnych wstrzykiwań leku rozcieńczonego jako też po stosowaniu podskórnym bądź domięśniowym.

Niekiedy pojawiał się niewielki szum w uszach, szereg zaś razy silne poty. Zaburzenia te były jednak zawsze niewinnej natury i przemijały bardzo szybko.

Po upływie 1 — 2 godzin można bez obawy powtórzyć wstrzyknięcie tej samej dawki. Charakterystyczne jest szybkie działanie już po 10—15 minutach. Szczyt działania zostaje osiągany najczęściej po 25 — 30 minutach. Wstrzyknięcie dożylne wywiera działanie natychmiastowe. Czas trwania działania rzadko kiedy wynosi mniej niż 3, często natomiast więcej niż 8 godzin. W lżejszych bólach okazało się pożytecznym stosowanie czopków ($1^1/_2$ — 2) tabletek. Tabletki, podobnie jak i Dolantin w kroplach, wywierają również działanie przeciwkaszlowe.

Dr A. STURM i dr F. STUCKMANN, Klin. Wewn., Jena.

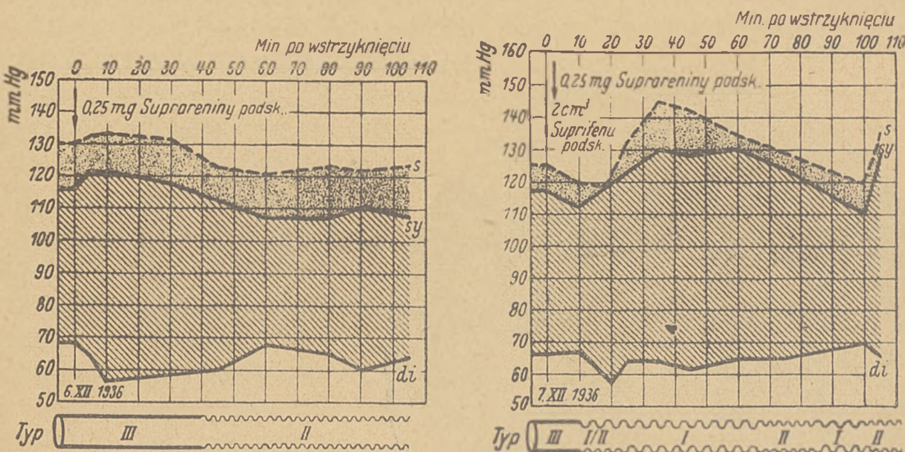
TONOSFIGMOGRAFICZNA ANALIZA WPŁYWU SUPRIFENU NA UKŁAD KRĄŻENIA

(Ref. podług Arch. exp. Path. u. Pharm. 1937, t. 186).

Suprifen (podobnie jak efedryna) powoduje u człowieka istotny wzrost ciśnienia krwi, osiągający najczęściej swe największe nasilenie (+ 15 mm Hg) w 20 — 40 minut od chwili podskórnego wstrzyknięcia 1 — 2 cm^3 i utrzymujący się przez 1 — 2 godzin. Ciśnienie rozkurczowe nie bierze udziału w wahaniach ciśnienia skurczowego, może nawet niekiedy wykazywać wahania zniżkowe. W następstwie dochodzi do zwiększenia ciśnienia tętna, to zn. zwiększenia się pojemności rzutu skurczowego serca. Nierzadko zaznacza się lekkie rozszerzenie naczyń. *Sturm*

i *Stückmann* doszukują się wyjaśnienia tego zjawiska nie w jakimkolwiek swoistym naczyniowym wpływie Suprifenu lecz w wyraźnym braku wpływu Suprifenu na układ naczyniowy, który rozszerzeniem swego łożyska reaguje na istotne podniesienie się ciśnienia tętniczego krwi. Działanie bowiem Suprifenu jest ściśle związane ze zdolnością mięśnia sercowego do zwiększonego wysiłku. W razie braku sił zapasowych serca, spowodowanego rozszerzeniem na tle nadciśnienia lub uszkodzeniem mięśnia sercowego, bądź zwiotczeniem wywołanym ciężką niedokrwistością, Suprifen może zupełnie nie wywołać wzrostu ciśnienia lub też działanie jego jest niezupełne. W niewyrównanym nadciśnieniu Suprifen może spowodować znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego krwi przy równoczesnym zmniejszeniu objętości rzutu skurczowego. Obniżenie ciśnienia krwi, występujące pod wpływem Suprifenu u wagotoników, odpowiada „paradoksalnej“ reakcji układu krążenia, spotykanej również nie tak rzadko po użyciu Suprareniny.

Znane z doświadczeń na zwierzętach działanie Suprifenu, zwężające naczynia (również zwiększenie skurczu naczyń wywołane Suprareniną), nie tylko zupełnie nie spotyka się u ludzi, lecz nawet przeciwnie, następuje rozszerzenie naczyń. Nasuwa to przypuszczenie, że Suprifen czyni naczynia bardziej wrażliwymi na wtórną fazę działania Suprareniny, która w pewnych wypadkach wpływa rozszerzająco (patrz ryc.).

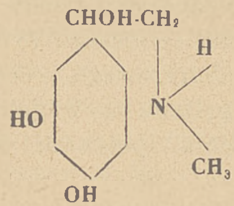


Ciśnienie krwi u 38 l. ♂ pod wpływem jednoczesnego zastosowania Suprareniny oraz Suprifenu. Sam Suprifen nie powoduje tak trwałego rozszerzenia naczyń. (s = ciśnienie skurczowe z wywołaniem przekrwienia biernego, sy = to samo bez przekrwienia, di = ciśnienie rozkurczowe. Napięcie naczyniowe III prawidłowe, II obniżone, I bardzo niskie.

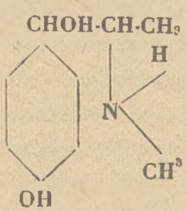
W istotnym osłabieniu mięśnia sercowego Suprifen zawodzi, jest natomiast lekiem bardzo wartościowym w niedociśnieniu (w zakażeniach, po operacjach, w okresie zdrowienia); jednak, aby Suprifen mógł zadziałać, niezbędny jest dobry stan serca, które co najmniej rozporządza jeszcze

pewnymi siłami zapasowymi. Ponieważ Suprifen nie wywiera żadnego działania zwężającego tętnice obwodowe, zwiększenie zaś pojemności minutowej, obok bezpośredniego pobudzenia pracy serca, uwarunkowane jest w pierwszym rzędzie lepszym dopływem krwi od strony układu żylnego, przeto nie należy obawiać się nadmiernego obciążenia serca. Dlatego też działanie Suprifenu może okazać się niekiedy zbyt słabe, szczególnie jeśli chodzi o leczenie obwodowego porażenia naczyń tętniczych, spotykane na przykład w ciężkim szoku toksycznym.

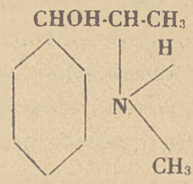
Suprarenina



Suprifen



Efedryna



BAAS (Historia medycyny); DIEPGEN (Gesch. d. Frauenhlkd. 1937); H. F. SIGERIST i in.

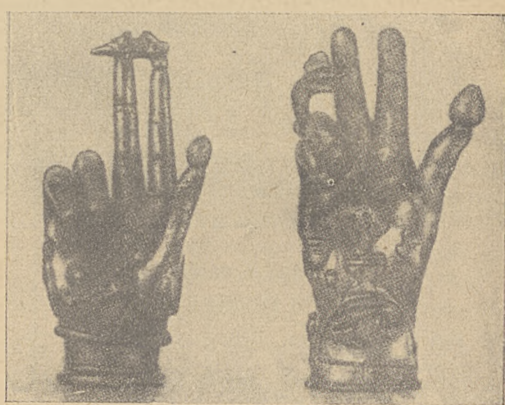
MEDYCYNA STAROŻYTNA

Pod nazwą medycyny starożytnej rozumie się poprostu wiedzę Greków dotyczącą ogółu nauk lekarskich. Prawie 1000 lat obejmuje okres, w którym gmach jej był budowany, częścią na wzorach obcych, częścią zaś na podstawie własnego doświadczenia. Mimo tak długiego czasu niewiele różnią się od siebie poglądy oraz postępowanie w początku (z punktem szczytowym w okresie *Hippokratesa)* oraz na końcu tej ery *(Galen).* Główna umiejętność lekarzy greckich polegała na wykrywaniu nawet najdrobniejszych objawów chorobowych. Przede wszystkim rzeczy dostępne dla wzroku: zmiany powierzchni skóry, ruchów i t. p.,



Grecy niosą poległego w boju (6. w. przed Chr.).

dalej objawy osłuchowe: drobnobańkowe rzężenia w płucach i tarcie w suchym zapaleniu opłucnej, przy czym pierwszy z tych objawów był upodobniony do „wrzenia octu“, drugi do „skrzypienia wydawanego przez rzemień skórzany“. Również od dawna umieli lekarze greccy posługiwać się obmacywaniem: ciepłota ciała chorego, cechy tętna, umiejscowienie i kształt guzów; wiedzieli dobrze, że w rozpoznawaniu pewnych chorób gorączkowych duże znaczenie może mieć swoisty zapach wydawany przez ciało chorego. W ten sposób obserwacji lekarza greckiego nie mógł ujść żaden obraz chorobowy dostępny spostrzeganiu przy pomocy 5 zdrowych zmysłów. Podczas gdy jednak lekarz współczesny bada chorego przede wszystkim w celu ustalenia rozpoznania, medycy greccy bynajmniej nie dążyli do tego samego celu. Na tym też polega podług *Sigerista* wielka różnica pomiędzy lekarzem nowoczesnym a jego starożytnym kolegą, który przeprowadzał badanie głównie pod kątem widzenia prognozy, obserwując znacznie więcej objawów, niż to było konieczne dla rozpoznania. Badania przy pomocy instrumentów, mających wyjaśnić pewne objawy, zostały wprowadzone dopiero przez szkołę aleksandryjską. U greckich autorów lekarskich można znaleźć za to wspaniałe opisy kliniczne nagminnego zapalenia przyusznic, zimnicy, duru powrotnego i plamistego, gruźlicy i błonicy. Zwraca przy tym uwagę brak chęci autorów do nadawania nazwy każdej chorobie; lekarzom greckim wystarcza najzupełniej opis objawów chorobowych. Tak na przykład *Aretaios* (2 w. prz. Chr.) nazywa błonicę poprostu „owrzodzeniami w okolicy migdałków podniebiennych“ i opisuje cały szereg odmian tego cierpienia; *Hippokrates* na 6 stuleci wcześniej mówi o nagminnym zapaleniu przyusznic jako o „obrzmieniach w okolicy uszu“, których również zna wiele rodzajów. Choroby określano podówczas nazwami używanymi również przez prosty lud: żółtaczka, puchlina wodna, gorączka trzydniowa — nie szukano więc nazw „naukowych“ przeciwnych naturze i językowi.



Magiczne ręce z bronzu (3. w. prz. Chr.).

W granicach swych możliwości dążyli stale lekarze greccy do poznania przyczyn choroby, odkrywając przy tym zależności pomiędzy stanami patologicznymi a porą roku, kierunkiem wiatrów, wzniesieniem nad poziom morza oraz trybem życia. W zbiorku *Hippokratesa* „O powietrzu, wodzie i miejscowościach“ zostało również w ten sposób po raz pierwszy ustalone pojęcie konstytucji. Nie-

którzy podejrzewali już nawet istnienie bakterii, jak tego dowodzą prace *Varro* (1. w. prz. Chr.), który przypuszcza, że w miejscowościach wilgotnych żyją bardzo małe zwierzątka, niedostępne dla oka, wnikające przez usta i nos do organizmu i wywołujące tam szereg ciężkich chorób. W 3. stuleciu przed Chrystusem nabiera coraz większego znaczenia nowy kierunek reprezentowany przez empiryków.

Ostatecznym celem medycyny greckiej było oczywiście leczenie. Na tym polu udało się *Hippokratesowi* stwierdzić, że leczy sama natura, wzgl. choroba w swej istocie jest procesem leczniczym. Dlatego też nie należy natury hamować, lecz przeciwnie, wspierać ją, przede wszystkim uregulowaniem trybu życia, postawionymi na pierwszy plan przepisami dietetycznymi obok sposobów fizykalnych (miesienie, kąpiele i in.). Leczenie farmaceutyczne schodziło na drugi plan; najczęściej miało ono na celu wspomaganie diety: leki rozwalniające, wymiotne, moczopędne. W 4. wieku przed Chr. ukazuje się pierwszy grecki zielnik ułożony przez *Dioklesa z Karystos*. Rozpoczęła się farmakologia i toksykologia; u *Galena* znajdujemy już bardzo schematyczne leczenie farmaceutyczne, oparte częściowo na zasadzie: similia similibus. Dalszą dziedzinę medycyny greckiej stanowi chirurgia; swój wysoki rozwój zawdzięcza ona częściowo przejęciu klasycznych metod egipskich. Przede wszystkim chirurgia kostna stała na wysokim poziomie za czasów *Hippokratesa*. Wykonywane były zabiegi, jak trepanacja czaszki, otwarcie jamy opłucnej i inne. Skrwawieniu zapobiegano przez podwiązywanie naczyń. Jako narkotyku używano soku alrauny. Poza tym wykonywano tracheotomie, wyjmowano kamienie z pęcherza moczowego, operowano przetoki, usuwano migdałki, zaćmy, guzy rakowe. Również znane były podstawy położnictwa (obrót na główkę lub na nóżkę). Anatomia odgrywała bardzo niewielką rolę w medycynie starożytnej.



Opłakiwanie zmarłego
podług obrazu z wazy attyckiej.

Od czasu zmierzchu medycyny starożytnej upłynęło około $1^1/_2$ tysiąca lat, jednak znaczenie tej nauki daje się odczuć jeszcze w czasach dzisiejszych: lecznictwo greckie stworzyło nie przemijające ideały, które zachowały swą wartość i siłę żywotną w ciągu długich tysiącleci.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Czy miażdżyca naczyń wieńcowych jest chorobą lekarzy?

Z krótkiego zestawienia przyczyn zgonów lekarzy wynika, że w Niemczech lekarze najczęściej umierają na serce lub apopleksję na tle miażdżycy tętnic. Zgadza się to na ogół z danymi amerykańskich autorów z kliniki Mayo (1936), którzy u lekarzy znajdywali miażdżycę tętnic wieńcowych dwa razy częściej niż u innych ludzi z wyższym wykształceniem. Przeciętna długość życia lekarzy została określona na 52 i $^{2}/_{3}$ roku.

Radca Tajny Prof. dr L. Aschoff, Freiburg.

(Med. Klin. 1939 Nr 18)

Stany gorączkowe u osesków.

U 5 osesków, które zagorączkowały z nieokreślonej bliżej przyczyny, zaznaczyła się szybka poprawa pod wpływem Novalginy (0,05 g 3 × dziennie). Oseski mające 2$^{1}/_{2}$ — 3 miesięcy otrzymywały 3 × dziennie po 0,05 Euchininy + 3 × dziennie po 0,05 Novalginy. Wkrótce dzieci przestały gorączkować i były wolne od dolegliwości.

Dr A. Kotikas, Trikkala.

(Nea Jatriki 1938 Nr 10)

Doświadczenia z Ulironem w leczeniu rzeżączki kobiet.

Uliron jest związkiem bezbarwnym o lekko gorzkim smaku. Chorzy znoszą najczęściej lek bardzo dobrze; jedynie w sporadycznych przypadkach mogą pojawić się zaburzenia żołądkowo - jelitowe. Leczenie rzeżączki przeprowadzaliśmy zazwyczaj podając w ciągu 4 dni 3 razy dziennie po 2 tabletki, po czym następowała jednotygodniowa przerwa i wreszcie drugie uderzenie ulironowe (znowu w ciągu 4 dni 3 razy dziennie po 2 tabletki). Skoro po prowokacji Gonarginą w rozmazie można było znaleźć gonokoki, zarządziliśmy następcze leczenie przy pomocy Gonarginy.

Pod wpływem leczenia ulironowego zmniejszał się znacznie wyciek, malała liczba krwinek białych, pojawiały się coraz liczniejsze nabłonki, w rozmazie zaś nie można było już stwierdzić obecności gonokoków. Spośród metod barwienia najbardziej stosownym wydał się nam sposób barwienia zielenią metylową i pyroniną, podany przez *Pappenheima* w modyfikacji *Schrödera.*

W zapaleniach gruczołów Bartoliniego można było osiągnąć tak dobre wyniki, że pacjentki mogły obyć się bez uciążliwej kauteryzacji, przyżegań oraz leczenia chirurgicznego. Dużą zaletę Ulironu stanowi okoliczność, że lek ten można a nawet trzeba podawać również w czasie menstruacji. W przeciwnym bowiem razie można w rozmazie bardzo często stwierdzić gonokoki, pojawiające się pod wpływem tej fizjologicznej prowokacji. Dlatego też przywiązujemy dużą wagę do przetworów dopuszczalnych do użytku również w czasie miesiączki.

Uliron podawany w połogu doprowadzał do szybkiego zmniejszania się odchodów; również nigdy nie pojawiło się zapalenie przymacicza bądź przydatków.

W monoarthritis gonorrhoica Uliron

skutkował pomyślnie w połączeniu z leczeniem szczepionkami.

Niekiedy występowały bóle głowy, kończące się czasem wymiotami. Uliron był bardzo chętnie przyjmowany z wodą sodową.

Nie obserwowaliśmy wysypek, które byłyby typowe dla Lironu; raz jeden tylko pojawiła się wysypka połączona z żółtaczką (na tle kamicy żółciowej). W moczu ślad białka.

W następstwie leczenia Ulironem czas trwania leczenia skrócił się prawie o połowę i wynosi przeciętnie 25 — 30 dni. Jedna z pacjentek została nawet wypisana z ujemnym rozmazem już po 16 dniach, dalsze zaś badania kontrolne potwierdziły trwałość osiągniętego wyniku. Oczywiście nie można ograniczać się przy tym do badania wyłącznie mikroskopowego, lecz należy zastosować również metodę hodowli.

Badanie składu morfologicznego krwi w czasie leczenia Ulironem nie stwierdziło żadnych odchyleń od stanu prawidłowego. Przy obranym sposobie dawkowania nie spostrzegano również zapaleń nerwów.

Uliron wydziela się powoli; w moczu można stwierdzić obecność leku jeszcze w tydzień od chwili ukończenia stosowania Ulironu. Dlatego też, gdyby uderzenia zarządzać w krótkich odstępach czasu, wówczas mogłoby dojść do działania zbiorowego oraz związanych z nim niepożądanych objawów ubocznych.

Mimo niechęci do leczenia postaci ostrych, rozpoczęliśmy wczesne leczenie Ulironem u kilku kobiet przywiezionych do szpitala wśród ostrych objawów i osiągnęliśmy zupełne wyleczenie.

W zastrzałach i ropowicach podawaliśmy Uliron naprzemian z Prontosilem, tak że pomyślny wynik leczniczy musimy przypisać obydwu lekom chemoterapeutycznym. Reasumując możemy stwierdzić, że jak dotąd, leczenie Ulironem stanowi najbardziej dogodny sposób zwalczania rzeżączki.

Dr E. Bauer,
Szpit. Braci Miłosiernych w Feldbergu.
(Ther. Ber. 1939 z. 10)

Przewlekłe zapalenie stawów — nowy sposób leczenia.

Witamina D (= Vigantol) ma wywierać powolny lecz wyraźny wpływ na szereg przypadków nieswoistego zapalenia stawów. Częstokroć dopiero po 6 — 12 miesiącach można stwierdzić wyraźniejszą lub trwałą poprawę. Ustępowanie objawów chorobowych można przyspieszyć skojarzeniem z leczeniem gorączkowym.

Najczęściej doznają poprawy ci chorzy, u których nie doszło jeszcze do mniej lub więcej zaznaczonego zaniku mięśni i ścięgien z nieczynności.

Dr H. E. Kimble, Chicago.
(Med. World 1938 t. 56)

Mylne rozpoznanie gruźlicy w przypadku pełzakowatości płuc.

Do szpitala św. Jerzego w Hamburgu przywieziono niedawno pacjenta z krwotokiem płucnym, jak przypuszczano, na tle gruźlicy płuc. Badanie stwierdziło jednak, że w danym przypadku chodzi o zakażenie płuc pełzakami. Leczenie przeprowadzono przy pomocy dożylnych

wstrzykiwań emetyny. Dlatego też *Hegler* radzi przeprowadzić próby z emetyną i Yatrenem we wszystkich tych przypadkach, w których zachodzi możliwość zakażenia amebami.

Prof. dr Hegler,
Klin. Wewn. w Hamburgu.
(Ztrbl. inn. Med. 1939 Nr 17)

Leczenie Torantilem trądzika pospolitego.

U dwóch młodych dziewcząt z wielopostaciowym trądzikiem, utrzymującym się już od 5 lat, zastosowano tytułem próby leczenie Torantilem. U 1. dziewczyny poprawa rozpoczęła się już od 3. wstrzyknięcia, po 10. zaś trądzik ustąpił prawie zupełnie. Analogiczny był przebieg leczenia u 2. dziewczyny. *Doukas* miał możność ponownego badania dziewcząt po upływie kilku tygodni i stwierdził całkowite zniknięcie zmian skórnych.

Dr Ch. Doukas, Evangelismus-Ateny.
(Hippokrates 1939, III)

Skuteczne leczenie Prontosilem zgorzelinowej róży u dwutygodniowego noworodka.

U pewnego 2-tygodniowego oseska z różą wychodzącą z okolicy narządów moczowo-płciowych pojawiła się silna martwica skóry, przy czym zapalenie rozszerzyło się w górę aż do pępka, ku dołowi zaś aż na udo. Początkowe leczenie polegało na infuzjach cukru gronowego, stosowaniu kardiaków, aminobenzosulfamidu oraz dożylnym wstrzyknięciu 35 cm^3 krwi. Ponieważ nie zaznaczyła się żadna poprawa, przeto następnego dnia wstrzyknięto 2 cm^3 Prontosilu solubile. W międzyczasie gorączka przekroczyła 40°C. Następnie jednak zaczerwienienie zaczęło się zmniejszać, martwica skóry przestała się rozszerzać, szczególnie od chwili wykonania kilku odbarczających cięć w miejscu silnie obrzękłej moszny. W 10. dniu choroby zmiany martwicze uległy oddzieleniu; 16. dnia choroby pojawił się nawrót róży, który udało się ponownie opanować leczeniem sulfonamidami. Po 4 dniach dalszy nawrót, ustępujący pod wpływem wstrzyknięcia Prontosilu. *Ujsághy* jest zdania, że dawniej osesek z tak rozległą martwicą byłby niewątpliwie skazany na śmierć. W przypadku tym jednak przy pomocy Prontosilu udało się usunąć śmiertelne skądinąd zakażenie.

Dr P. Ujsághy,
Klinika Pediatryczna w Pecs.
(Kinderärztl. Prax. 1939 Nr 5)

Znaczenie patogenetyczne trichomonas intestinalis w wieku dziecięcym.

Siegl usiłował bezskutecznie usunąć zakażenie trichomonas intestinalis przy pomocy trzytygodniowej diety jabłkowej oraz surowiznowej. Wobec niepomyślnego wyniku przeszedł autor do leczenie Spirocidem ($^1/_8$ g pro die). Działanie Spirocidu było bardzo wydatne, tak że już po kilku dniach wiciowce zniknęły całkowicie i na stałe, stolce były zupełnie prawidłowe. Natomiast leczenie powyższe pozostało bez wpływu na występujące okresowo dolegliwości w postaci swędzenia skóry, niepokoju nocnego, zapaleń jamy ustnej, rozdrażnienia nerwowego, braku łaknienia oraz objawów colitis membranacea. Szybkie uregulowanie stolców oraz ustąpienie wzdęć dowodzi, że objawy te stały w ścisłym związku przyczynowym z obecnością trichomonas intestinalis. Zniknięcie wiciowców z wypróżnień należy oczywiście położyć na karb odkażającego działania Spirocidu.

Dr J. Siegl, Klinika Pediatryczna
Uniwersytetu Wiedeńskiego.
(Wien. med. Wschr. 1932 Nr 47)

O leczeniu upławów.

W upławach miał *Rösch* dobre wyniki wprowadzaniem co 2 — 3 dni kwa-

su bornego ($^1/_2$ — 1 g). Niekiedy wyleczenie następowało dopiero po upływie tygodni lub miesięcy. W zapaleniu pochwy po rzeżączce szyjki kwas borny nie działa. Devegan stanowi tu jeszcze lepszy środek przeciwko upławom. *Rösch* łączył niekiedy leczenie deveganowe z wprowadzaniem kwasu bornego. Najczęstszą postacią upławów są podług *Röscha* upławy neurotyczne, stanowiące około 60% wszelkich rodzajów upławów; wylecenie jest w tych przypadkach znacznie mniej pewne; obok oddziaływania psychicznego próbuje się tu leczenia wapniowego oraz terapii miejscowej.

Dr Rösch, Köthen.

(Zbl. f. Gyn. 1935 Nr 7)

Wahlin, (Stockholm; Swensk, Läkart. 1935, Nr 16) leczył Deveganem 7 kobiet z upławami na tle rzęsistkowym; 5 kobiet zostało wyleczonych bardzo szybko, przy czym wynik był trwały i utrzymywał się w ciągu 9-miesięcznego spostrzegania; u 2 kobiet pojawiły się nawroty, jednak i u nich rzęsistki zdają się obecnie znikać. Dane dotyczące zawartości glikogenu w ścianie pochwy znaleźć można w pracach *Gellera* (Verhdl. D. Ges. Gyn. 1925 w Arch. Gyn. 1925 t. 125) oraz *Schrödera, Hinrichsa i Kesslera* (Arch. Gyn. 1926 t. 128).

Witamina C w chorobach narządu krążenia.

Od szeregu lat zajmuję się przeważnie chorymi dotkniętymi cierpieniami układu krążenia, u których stosuję głównie leczenie dożylnymi wstrzykiwaniami strofantyny na sposób *Edensa, H. Zimmermanna* i innych. Dlatego też zainteresowała mnie szczególnie notatka pod tytułem „Salyrgan i witamina C", znaleziona przeze mnie w Therapeutische Berichte 1939 z. 6/7, str. 167. Od blisko $1^1/_2$ roku u większości mych pacjentów, leczonych strofantyną, dodaję w tej samej strzykawce od czasu do czasu po 1 cm^3 roztworu witaminy C *); ponadto zaś stosowałem tę samą metodę przy leczeniu Salyrganem. Spostrzeżenia moje pokrywają się w zupełności z obserwacjami Prof. dr *Luega* i dr *Hammanna*, Bad Nauheim. Szczególnie starsi pacjenci, ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego, czuli się znacznie bardziej rześko pod wpływem wstrzykiwań witaminy C. Dopiero w ostatnim czasie u 3 chorych z obrzękami zauważyłem bardzo pomyślny wpływ witaminy C stosowanej w jednej strzykawce z Salyrganem. Tak np. u pewnego 63-letniego pacjenta działanie Salyrganu okazało się nie wystarczające wobec braku dodatku witaminy C. Odwodnienie udało się uzyskać dopiero wtedy, gdy chory do zwykłego wstrzyknięcia strofantyny z Salyrganem otrzymywał 2 do 4 cm^3 witaminy C.

Obok tego miałem możność spostrzegania szybkiego i bezpowrotnego ustąpienia przekrwiennego nieżytu oskrzeli dzięki powtarzanemu od $1^1/_2$ roku dodawaniu witaminy C do każdego wstrzyknięcia strofantyny. Zgodnie z moim doświadczeniem, zazwyczaj nie wystarcza doustne podawanie witaminy C, prawdopodobnie dlatego, że chorzy z cierpieniami narządu krążenia mają przekrwienny nieżyt żołądka, uniemożliwiający dostateczne wykorzystywanie witaminy C podanej per os.

Również zwróciłem uwagę, iż u 3 chorych tej kategorii z początkowo średnim lub nawet silnym białkomoczem, po szeregu tygodni stosowania witaminy C, wydzielanie białka uległo bardzo znacznemu obniżeniu lub też ustąpiło zupełnie. Fakt ten tłumaczy się prawdopodobnie uszczelniającym wpływem witaminy C na naczynia nerkowe. Dawniej, gdy stosowałem samą strofantynę ze zwykłymi lekami wspomagającymi jej działanie, nie udało mi się prawie nigdy osiągnąć tak zupełnego ustąpienia białkomoczu.

Dr Peter Oberhammer, Monachium.

(The5. Ber. 1940 z. 2

---

*) Tego rodzaju mieszane wstrzykiwania nie były jeszcze dotychczas przez nikogo wykonywane. Dopóki nie ma większego doświadczenia co do tolerancji tych leków, poleca się witaminę C (Cantan) wstrzykiwać do żyły oddzielnie. (R.)

Ludzie starzy ze „zdrowym sercem".

Pomiędzy 70 ludźmi w wieku 65 — 88 lat, którzy nie uskarżali się nigdy na dolegliwości ze strony narządu krążenia jak również nie mieli żadnych objawów przedmiotowych choroby serca, tylko 29 to zn. 41,4% miało prawidłowy elektrokardiogram. U 25 ludzi starszych, a więc w 35,7%, stwierdzono zmiany elektrokardiograficzne względnie nieznacznego stopnia. Głównie chodziło tu o niewielkie zaburzenia przewodnictwa. U 12 starców, to zn. w 17,2%, zmiany elektrokardiograficzne miały charakter wyraźnie patologiczny. W tej liczbie znaleziono u 5 starych ludzi objawy „niedomogi wieńcowej", wyraźne obniżenie odcinka ST oraz zmiany załamka T. U 4 starców stwierdzono objawy ciężkich zaburzeń przewodnictwa komorowego, 3-krotnie wystąpiły objawy bloku uda pęczka o typie Wilsona, raz jeden migotanie przedsionków. 4 starców (5,7%) miało bardzo poważne zmiany patologiczne, raz jeden w postaci wyraźnego przedłużenia przewodnictwa przedsionkowo - komorowego z objawami ciężkich zmian w zakresie przewodzenia komorowego, dwa razy blok prawego uda pęczka Hisa, raz wreszcie objawy wskazujące na przebyty zawał przedniej ściany mięśnia sercowego. Tak więc u większości starców ze „zdrowym sercem" stwierdzono zmiany elektrokardiograficzne, które z dużym prawdopodobieństwem należy uznać za następstwo miażdżycy naczyń wieńcowych. Wprawdzie wśród ludzi starych przeważają osobnicy z zaburzeniami lżejszego stopnia, tym niemniej jednak wykrywa się wśród nich jednostki z rozległymi uszkodzeniami mięśnia sercowego.

Dr Warnecke,
II Klinika Wewnętrzna i Poliklinika,
Hamburg-Eppendorf.
(Zschr. f. Kreislaufforschung 1939 z. 11)

Doświadczenia z 370 chorymi na rwę kulszową ze szczególnym uwzględnieniem leczenia wstrzykiwaniami endoneuralnymi oraz rozciąganiem nerwu.

Nazwą „ischiasu" określają niektórzy lekarze szereg cierpień, które nie mają nic wspólnego z nerwem kulszowym. Tak na przykład w kąpielach przeciwgośćcowych w Aachen udało się potwierdzić rozpoznanie rwy kulszowej tylko u 154 na 370 skierowanych tam pacjentów. W Aachen przeprowadza się rozgraniczenie pomiędzy ischialgiami to zn. stanami myalgiczno-ischemicznymi (na tle toksykozy ogniskowej) w zakresie mięśni zaopatrywanych przez nerw kulszowy, oraz właściwymi chorobami nerwu kulszowego w postaci nerwobólu lub zapalenia nerwu. Obie postacie można odróżnić od siebie przy pomocy objawu *Lasègue'a.* Za postacią ischialgii myalgicznej bardziej przemawia miejscowa bolesność uciskowa mięśnia, dalej prawie zawsze możliwe wykrycie stwardnień w mięśniu, zaburzeń statyki (stopa płaska, koślawa) oraz bólów przy biernych poruszeniach rotacyjnych i abdukcji ze zgiętym stawem biodrowym. Natomiast w rwie kulszowej ból przebiega dokładnie wzdłuż nerwu, także nabyte skrzywienie kręgosłupa przemawia za rwą kulszową. Również wyraźnie na korzyść zapalenia nerwu kul-

szowego przemawia brak odruchu ze ścięgna Achillesa. W przypadkach z zachowanym odruchem chodzi najczęściej o nerwoból kulszowy. W rwie kulszowej leczniczo wchodzi w rachubę paravertebralne, presakralne lub perineuralne wstrzyknięcie Novocainy. Sposób ten nie jest natomiast odpowiedni w ischialgiach, w których nawet próby perineuralnych wstrzykiwań mogą doprowadzić do uszkodzeń nerwów. *Rothenpieler* odrzuca również w każdym przypadku gwałtowne rozciąganie nerwu, ceni natomiast bardzo sposoby leczące sprawy ogniskowe. Niepowodzenia lecznicze, mimo usunięcia zmian ogniskowych, należy zdaniem autora odnieść do poprzednio wykonywanych wstrzykiwań endoneuralnych lub rozciągania nerwu przy ischialgii na tle toksykozy ogniskowej. Zabiegi tego rodzaju doprowadzają do trwałych uszkodzeń, na których karb należy kłaść niepowodzenia leczenia skierowanego przeciw zakażeniu ogniskowemu.

Dr Rothenpieler, Kąpiele w Aachen.

(M. M. W. 1939 Nr 28)

Częstość kiły wrodzonej.

Celem wyrobienia sobie poglądu na częstość kiły wrodzonej (l. cong.) zbadano we Frankfurcie 7632 dzieci przy pomocy odczynu z suchą krwią *(Chediak, Dahr* i in.). W tej liczbie było 6337 dzieci ze szkół powszechnych w wieku 6 — 14 lat, 745 dzieci ze szkół niższych w tym samym wieku, 349 dzieci ze szkół średnich w wieku 11 — 18 lat oraz 201 dzieci z zakładu dla głuchoniemych. Pomiędzy 745 dziećmi ze szkół niższych znaleziono 8 razy l. cong. Przy tym o chorobie 4 dzieci wiedziano już dawniej, u pozostałych 4 wykryto ją po raz pierwszy. W tej grupie więc aż 1% cierpiał na kiłę wrodzoną. Ten sam odsetek stwierdzono również wśród 201 dzieci z zakładu dla głuchoniemych — a zatem dwoje spośród nich miało l. cong. Natomiast znacznie rzadszą okazała się l. cong. pomiędzy 6337 dziećmi ze szkół powszechnych. Znaleziono tu kiłę 14 razy, w tym 7 razy po raz pierwszy, w dalszych 7 przypadkach cierpienie było wykryte już uprzednio. Odpowiada to odsetkowi 0,22%. Ani razu nie stwierdzono l. cong. pomiędzy 349 uczniami szkół średnich. Nakoniec 12 razy udało się przeprowadzić badania całych rodzin, wykrywając jeszcze 5 chorych na kiłę, którzy nie byli uświadomieni o swym cierpieniu. W ten sposób znaleziono łącznie 0,3% przypadków kiły.

Dr Kemkes,

Urząd Zdrowia, Frankfurt n. M.

(Ztschr. Kinderheilkunde 1939, t. 61)

O etiologii i leczeniu stomatitis aphtosa.

Od czasu gdy *Roller* stwierdził pleśniawkowe zapalenie jamy ustnej podczas stosowania diety bezsolnej, autor ten stosuje w tym cierpieniu duże ilości soli kuchennej (6 — 8 — 10 g) z pokarmami i osiąga zawsze szybkie ustępowanie cierpienia. Czterokrotnie udało się doprowadzić w ciągu 2 — 3 dni do wyleczenia większymi dawkami Voganu; przy tym 1½-roczne dziecko otrzymywało 2 razy dziennie po 10 kropli, 3 letnie 3 razy dziennie po 10 kropli oraz 2 dorosłych 3 razy dziennie po 20 kropli Voganu. Pod wpływem tego leczenia pleśniawki ustępowały bez jakichkolwiek zabiegów miejscowych.

Dr M. Roller, Rossatz.

(Med. Klin. 1939 Nr. 32)

Wydawca: »Bayer«-PHARMA
Warschau, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr. 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Zakł. Wydawn. M. Arct, S. A. Warszawa, Czerniakowska 225.

T R E Ś Ć:

NOTATKI TERAPEUTYCZNE:

